

年 月 日

請 求 書

東京港健康保険組合 殿

事業所所在地

事業所名

代表者名

下記のとおり、ご請求申し上げます。

請求金額 _____ 円

内 訳	健診種別	補助金額	人数	金 額	摘 要
合 計 金 額					

オプション検査2024. 4. 1受診分以降補助廃止

振 込 先	銀行名	銀行				支店
	口座番号	普通 ・ 当座				
	(フリガナ)					
	口 座 名義人					

